Chirurgische Klinik der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster (Westf.)
Prof. Dr. med. H. Coenen

Solitäre tuberkulöse Lymphknotenentzündung in der Parotisgegend.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.)

Vorgelegt von

Hermann Nolte
approb. Zahnarzt
aus Bielefeld, Westf.

Buch- und Kunstdruckerei Wilh. Postberg, Bottrop i.W.

1937

Dekan: Prof. Dr. Klinge.

Referent: Privatdozent Dr. Hellner.

Korreferent: Prof. Dr. Coenen.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster i. W.

Inhalt.

I. Einleitung: Allgemeines über die Tuberkulose der Parotislymphknoten . . . . . .
II. Drei Fälle tuberkulöser Parotislymphknotenentzündung aus der Chir. Univ.-Klinik, Münster . . . . . .
III. Schlußwort . . . . . .
IV. Schrifttum . . . . . .

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547223_0076

I. Einleitung.

Allgemeines über die Tuberkulose der Parotislymphknoten.

Obwohl im Schrifttum Fälle von tuberkulöser Lymphknotenentzündung beschrieben worden sind, die zum Teil den unseren gleichzusetzen sind, die aber meist der Tuberkulose der Parotis selbst zugerechnet werden, halten wir eine Erörterung für zweckmäßig, die sich besonders mit der Beschreibung der Tuberkulose der Parotislymphknoten befaßt. Hierzu geben uns Beobachtungen aus der Chir. Univ.-Klinik zu Münster Veranlassung. Diese lassen grundsätzlich trennen in eine tuberkulöse Entzündung der Parotis selbst und eine solche der Parotislymphknoten; daß wir zu dieser Trennung berechtigt sind, wird die Beschreibung unserer Fälle zeigen. Des weiteren werden wir einzelne aus dem Schrifttum bekannte Fälle, die unter der Tuberkulose der Parotis beschrieben worden sind (nach Seifritz 47), teilweise zur Erläuterung mitanführen. Zur weiteren Beleuchtung werden wir dazu noch einige Fälle von Parotislymphknotenschwellungen erwähnen, die im Verein mit tuberkulösen Affektionen anderer Organe oder mit solchen in ihrem Quellgebiet aufgetreten sind, wobei es sich dann also meist um sekundäre Erscheinungsformen handelt.

Wir machen eine Unterscheidung in folgende drei Gruppen:

1. *die tuberkulöse Parotislymphknotenschwellung im Anschluß an eine vorhandene tuberkulöse Allgemeininfektion;*
2. *die Parotislymphknotentuberkulose im Anschluß an eine nachweisliche Infektion im Quellgebiet der Drüsen oder verbunden mit einer örtlich begrenzten tuberkulösen Erkrankung der Speicheldrüsen;*
3. *die solitäre tuberkulöse Erkrankung der Parotislymphknoten.*

Von diesen drei Erscheinungsformen wird uns besonders die letzte am meisten interessieren. Wir glauben aber, daß zu ihrem Verständnis die Anführung einiger Fälle der zwei anderen Gruppen nicht unzweckmäßig sein und uns ein klares Bild geben wird. Wir werden versuchen, durch eine Gegenüberstellung aller Fälle und durch Anführung aller ihrer Besonderheiten und Merkmale ein recht anschauliches Bild von der solitären Parotislymphkno-

tentuberkulose zu bekommen; zunächst wollen wir noch einige allgemeine Erörterungen der Beschreibung unserer Fälle voranschicken. Wir werden hierbei besprechen: *die Häufigkeit des Auftretens, die klinischen Symptome und den Verlauf, die Prognose, Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie, sowie den Infektionsweg und das Verhalten der Tuberkelbazillen an ihrer Eintrittsstelle.* Es ist erforderlich, daß wir in allen drei Gruppen auf jedes einzelne mehr oder weniger ausführlich eingehen, um dadurch das Besondere der solitären Parotislymphknotentuberkulose eindeutig und klar zur Anschauung zu bringen. Legen wir den Erörterungen zweckmäßig die von uns nach ihrem Auftreten gemachte Einteilung zugrunde, so läßt sich folgendes sagen:

Zur ersten Gruppe: wenn wir das häufige Auftreten der Tuberkulose berücksichtigen, so ist es recht gut zu verstehen, wenn im weiteren Verlauf der Erkrankung auch in den Parotislymphknoten tuberkulöse Veränderungen auftreten können. Es ist somit auch erklärlich, daß in solchen Fällen Schwellungen in der Parotisgegend vorkommen, und es ist weiterhin auch zu verstehen, daß die Erkrankung dieser Drüsen umso weniger an Bedeutung und Beachtung findet, je weiter sich die Tuberkulose schon im übrigen Organismus ausgebreitet hat und je mehr und auffälliger die tuberkulöse Allgemeininfektion in Erscheinung tritt. Es ist nur natürlich, daß die diffuse Ausbreitung der Erkrankung auch den Verlauf und die Erscheinungen der Parotislymphknotentuberkulose weitgehend beeinflußt. Die auftretenden örtlichen Symptome sind also abhängig einmal von dem Stadium der vorhandenen tuberkulösen Entzündung in den Lymphknoten selbst, zum andern aber treten sie bei weitem zurück gegen die mit der tuberkulösen Allgemeininfektion verbundenen Allgemeinsymptome. Der Verlauf der Lymphknotenerkrankung wird einerseits bestimmt durch die mit der Allgemeininfektion meist vorhandene Schwächung des Widerstandes der Abwehrkräfte des Gesamtorganismus und des befallenen Organs selbst und zum andern durch Menge und Virulenz der Erreger. Meist sind die Tuberkelbazillen in großer Zahl und ziemlich virulenter Form vorhanden, so daß man im allgemeinen ein rasches Fortschreiten auch der Lymphknotenerkrankung annehmen darf; daß daneben auch weniger virulente Bazillen einen mehr chronischen Verlauf der Entzündung bewirken, ist damit natürlich nicht ausgeschlossen. Die Prognose wird weitgehend bestimmt durch die Allgemeininfektion. Befindet sich die Lymphdrüsenentzündung noch im Anfangsstadium, sind noch keine periadenitischen Veränderungen oder auch ein Durchbruch durch die bedeckende Haut eingetreten, so ist die Prognose, was die Drüsenschwellung allein anbetrifft, noch verhältnismäßig günstig

zu stellen. Unter Berücksichtigung der tuberkulösen Allgemeininfektion bleibt sie natürlich immer eine ungünstige. Das meiste eben Gesagte trifft auch für die Therapie zu. Im Anfangsstadium würde eine operative Entfernung die Schwellung selbst beseitigen können, man wird aber im Hinblick auf die Allgemeininfektion meist eine konservative Therapie bevorzugen. Die Diagnose wird nicht schwer zu stellen sein; denn die Tuberkulose des Gesamtorganismus weist hier meist schon den richtigen Weg. Demzufolge sind auch keine differentialdiagnostischen Schwierigkeiten zu überwinden. Ueber den Infektionsweg der Tuberkelbazillen bleibt wenig zu sagen; er kann entweder ein hämatogener oder ein lymphogener sein. Die Entscheidung hierüber wird nie mit Sicherheit zu treffen sein und ist in diesen Fällen auch ziemlich belanglos. In diese Gruppe gehören Fälle, wie sie Mintz, Scheib, Puppel, Nordmann und andere beschrieben haben.

Zur zweiten Gruppe: Die Fälle, die wir in diese Gruppe einreihen wollen, zeigen eine nachweisliche tuberkulöse Entzündung im Quellgebiet der Lymphknoten, gefolgt von einer sekundären Entzündung in diesen selbst; dabei kann der primäre Krankheitsherd schon wieder eine Abheilung erfahren haben, so daß die Parotislymphknotentuberkulose den einzigen Ausdruck der Erkrankung augenblicklich darstellt. Dann sind noch die Fälle hier einzureihen, die gleichzeitig mit einer tuberkulösen Entzündung der Speicheldrüsen vergesellschaftet sind. In allen Fällen dieser Gruppe handelt es sich aber um rein örtlich begrenzte tuberkulöse Erscheinungsformen. Hierher rechnen wir eine Reihe der im Schrifttum niedergelegten Fälle, die auch nicht so ganz selten sind, natürlich wohl im Hinblick auf das so überaus häufige Auftreten der Tuberkulose überhaupt. Gegenüber der ersten Gruppe, die wir eben beschrieben haben und die immer mit mehr oder weniger starken Allgemeinsymptomen verbunden ist, je nach dem Grade, in welchem die tuberkulöse Infektion im Körper schon vorgeschritten ist, sind die hier einzureihenden Fälle, abgesehen von den von der Entzündung im Quellgebiet ausgehenden Symptomen, meist nur mit örtlichen Erscheinungen verbunden. Je nach dem Stadium, welches wir antreffen, besteht eine mehr oder weniger starke Vergrößerung der Lymphknoten, die eine deutliche Schwellung vor dem Ohr hervorruft, bei der man dann auch, wenn sie eine bestimmte Größe erreicht hat, die charakteristische Abhebung des Ohrläppchens wahrnehmen kann (siehe Abbildung 1 und 2), die unseres Erachtens nicht nur bei ähnlichen Erkrankungen der Parotis auftritt, sondern auch hier fast regelmäßig zu sehen ist. Wenn man

von der oft erheblichen Schwellung absieht, so sind mit der Erkrankung meist keine erheblichen weiteren klinischen Symptome verbunden. Im Anfangsstadium bleibt die Parotis gut verschieblich gegen die bedeckende Haut wie auch gegen ihre Unterlage. Je nachdem es sich weiter um die großzellig-hyperplasierende oder um die verkäsende Form der Tuberkulose handelt, ist die Konsistenz der Schwellung mehr oder minder elastisch, eindrückbar und fluktuierend. Bei weiter vorgeschrittenerem Stadium tritt dann eine Perilymphadenitis hinzu, die sich meist gegen die bedeckende Haut hin erstreckt, und das Fortschreiten der Erkrankung findet dann sein vorläufiges Ende, wenn ein Durchbruch durch die Haut stattfindet. Dann werden die klinischen Symptome meist deutlicher in Erscheinung treten: Geringe Schmerzen und ein Spannungsgefühl über der Schwellung; weitere Symptome sind aber in der Regel nicht vorhanden.

Der Verlauf wird hauptsächlich bestimmt durch die Wechselbeziehung zwischen den eingedrungenen Erregern und dem infizierten Organ. Die ganze Konstitution des betreffenden Patienten wird natürlich den Krankheitsverlauf beeinflussen; so wird die Schwellung, je nach der Widerstandsfähigkeit des Patienten und seiner Immunitätslage, schneller oder langsamer fortschreiten.

Die Prognose ist von Fall zu Fall verschieden zu stellen, da sich aus der eben geschilderten Korrelation auch nicht immer die gleichen Krankheitsbilder ergeben werden. Bei einer Infektion mit wenigen und dazu noch wenig virulenten Keimen werden die pathologischen Veränderungen gewöhnlich nicht sehr stark ausgeprägt sein; der Primärherd im Quellgebiet ist auch oft schon wieder abgeheilt. Hier wird die Prognose dann günstiger sein als in Fällen, wo das Gegenteil der Fall ist und womöglich auch noch eine schwächliche Natur den Fortschritt der Erkrankung begünstigt. Immerhin handelt es sich aber in allen Fällen dieser Gruppe um örtlich begrenzte Tuberkuloseherde und somit sind diese im Gegensatz zu den Erkrankungen der ersten Gruppe prognostisch meist günstig zu beurteilen.

Für eine bestimmte Therapie möchten wir uns nicht entscheiden. Ist nur eine schwache Infektion erfolgt, kann die operative Entfernung der Schwellung manchmal angezeigt sein, die dann auch eine endgültige Heilung bringen kann. Wir müssen aber immer bedenken, daß im Quellgebiet noch vorhandene latente Tuberkelbazillen zu einer Rezidivbildung führen können. Im allgemeinen und besonders in Fällen, die mit erheblichen tuberkulösen Veränderungen im Quellgebiet vergesellschaftet sind, möchten wir aus diesem Grunde eher eine Rö-Bestrahlung oder manchmal auch eine kombinierte Behandlung für ratsamer halten.

Die Diagnose bereitet in der Mehrzahl der Fälle keine besonderen Schwierigkeiten. Bestehende oder nachweislich vorhanden gewesene tuberkulöse Entzündungen im Quellgebiet weisen meist schon auf eine Tuberkulose hin, und so treten in dieser Gruppe meist auch keine differentialdiagnostischen Schwierigkeiten auf, höchstens bei solitär vorliegenden Schwellungen der Lymphknoten; hierüber ist dann weiter unten noch zu sprechen.

Der Infektionsweg ist hier meist der lymphogene. Er nimmt seinen Beginn im Mund oder in spezifischen Hautveränderungen des Gesichts.

Zur dritten Gruppe rechnen wir zwei von unseren Fällen. Infolge des doch verhältnismäßig seltenen Auftretens wird sie uns auch am meisten interessieren. Hierher gehören alle Fälle, wo es sich nachweisbar um eine primäre solitäre Tuberkulose der Parotislymphknoten handelt, wo klinisch außer der Erkrankung der Parotislymphknoten aber keine weiteren tuberkulösen Herde gefunden werden. Die wenigen in der Literatur beschriebenen Fälle, denen wir unsere zwei noch hinzufügen können, zeigen, daß diese Ausdrucksform der tuberkulösen Erkrankung bis jetzt noch als Seltenheit gilt.

Im Verlauf der Erörterungen wollen wir diese Gruppe besonders eingehend und recht ausführlich beschreiben und versuchen, alle Besonderheiten, die sich mit ihrem Auftreten einstellen können, in klarer Weise hervorzuheben. Noch mehr, als wir es in vielen Fällen von der zweiten Gruppe sagen können, sind alle hier einzureihenden Fälle nur mit örtlichen Erscheinungen verbunden. Diese sind in der Regel unerheblich. Eine erhebliche Schwellung tritt nur in den schon weiter fortgeschrittenen Fällen hervor, wenn eine eingetretene Perilymphadenitis mit dem von ihr eingeleiteten Durchbruch durch die bedeckende Haut vorhanden ist. Dann sehen wir, wie wir noch einmal betonen möchten, auch wieder die charakteristische Abhebung des Ohrläppchens. Alle weiteren klinischen Symptome stimmen in hohem Maße in der Regel mit denen bei der zweiten Gruppe überein. Ausschlaggebend für den weiteren Verlauf ist hier wieder ganz besonders die Konstitution des Erkrankten.

Ist die Prognose oberflächlich begrenzter Lymphdrüsentuberkulosen an und für sich schon, im Gegensatz zur Allgemeintuberkuloseinfektion, meist recht günstig zu stellen, so unterliegt es keinem Zweifel, daß dies im besonderen hier zutrifft, wo es sich um eine solitäre, auf die Parotislymphknoten beschränkte tuberkulöse Affektion handelt.

Daß die endgültige Diagnose: Tuberkulose der Lymphknoten, kaum vor der Operation und der histologischen Unter-

suchung gestellt wird, wollen wir gleich zu Anfang betonen; somit treten bei ihr oft Schwierigkeiten zutage. Es wird insonderheit nicht möglich sein, eine Tuberkulose der Lymphknoten zu diagnostizieren, da ebenso gut eine solche der Parotis selbst vorliegen kann. Es ist ferner dabei zu berücksichtigen, ob die oberflächlich der Parotis aufliegenden oder die tiefer in der Parotissubstanz eingebetteten Lymphknoten infiziert sind, besonders im Hinblick auf ein schon weiter fortgeschritteneres Stadium der tuberkulösen Erkrankung, wenn periadenitische oder Einschmelzungsprozesse sich eingestellt haben. Bei der Tendenz der tuberkulösen Entzündung, die bedeckende Haut zu durchbrechen, wird bei einer Infektion der oberflächlichen Parotislymphknoten das Parotisgewebe meist nicht in den periadenitischen Prozeß miteinbezogen werden; bei den tief in dem Parotisgewebe eingebetteten aber wird mit dem Weiterschreiten auch das Parotisgewebe in Mitleidenschaft gezogen werden, und es wird sich dann nicht mehr um eine solitäre Entzündung der Lymphknoten allein handeln.

Nach dem Vorhergesagten bestehen somit auch oft erhebliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten. Ist schon überhaupt die Diagnose: Tuberkulose der Lymphknoten, allein aus der Anamnese, den klinischen Symptomen und dem Verlauf der Erkrankung nicht zu stellen, so sind dazu noch andere, ähnliche Symptome verursachende Erkrankungen zu berücksichtigen, wie eine Zyste, ein Mischtumor, eine Parotitis epidemica usw. Diese Erkrankungen können in ihrem Anfangsstadium ganz gleiche oder ähnliche Krankheitsbilder ergeben. Allerdings ist die Parotitis in ihrem Anfangsstadium schon mit mehr oder weniger starken Allgemeinsymptomen, wie Fieber usw., verbunden, so daß sie bei der Diagnosestellung kaum in Erwägung zu ziehen ist. Aber auch bei der genauesten Untersuchung und Betrachtung aller klinischen Symptome und Merkmale wird zum Schluß immer noch die Frage, ob Parotis- oder Parotislymphknotenerkrankung, zu beantworten sein.

Für die zweckmäßigste Therapie halten wir die operative Entfernung; denn bei der örtlich begrenzten Ausbreitung, zumal es sich oft um sonst normalgesunde Individuen handelt, wird dann die endgültige Heilung meist nicht ausbleiben, wenn es dazu gelingt, weitere Nachschübe aus dem Quellgebiet zu verhindern. Eine der Operation folgende Rö-Bestrahlung wird die Heilungstendenz noch weiter unterstützen.

Ueber den Infektionsweg und das Verhalten der Tuberkelbazillen an ihrer Eintrittspforte ist folgendes zu sagen: Der tuberkulöse Prozeß in den Lymphknoten ist in diesen Fällen der einzige Ausdruck einer tuberkulösen Infektion. Den wahr-

scheinlichen Infektionsweg zu suchen, wird insofern nicht allzu große Schwierigkeiten verursachen, wenn wir uns zunächst vor Augen halten, daß die Tuberkelbazillen die unversehrte Haut und Schleimhaut durchdringen können, ohne an ihrer Eintrittsstelle erkennbare oder klinisch nachweisbare pathologische Veränderungen zu hinterlassen. V. Baumgarten vertritt allerdings den Standpunkt, daß die Tuberkelbazillen an ihrer Eintrittsstelle immer eine Entzündung hervorrufen, also nicht, ohne dort eine tuberkulöse Veränderung zu bewirken, diese passieren. Nach Berichten von Most und vor allem von Königsfeld, die sich auf eingehende experimentelle Studien stützen, ist es aber jetzt doch eine klar erwiesene Tatsache, daß die Erreger ihre Eintrittspforte reaktionslos durchtreten und in den regionären Lymphknoten die ersten pathologischen Veränderungen hervorrufen können. Auf der Suche nach dem Infektionsweg wird vor allem das Quellgebiet dieser Drüsen anzusehen sein, ob hier nicht doch, wenn auch nur geringe, pathologische Erscheinungen zu finden sind. Diese Fälle müßten dann unserer zweiten Gruppe eingereiht werden. Bekanntlich gehören zum Quellgebiet der Parotislymphknoten die seitliche Partie des äußeren Auges, ein Teil der Nasenwurzel, die Stirn-, Wangen- und Schläfengegend, außerdem die vordere Scheitel- und Schläfenbeingegend, sowie die vordere Partie des äußeren Ohres und die Mundhöhle. Von hier aus wird die Infektion meist ihren Ausgang genommen haben. Wenn nach eingehender Untersuchung dieser Gebiete und durch anamnestische Erhebungen ein primärer Herd nicht nachzuweisen ist, ist man erst berechtigt, diese Fälle unserer dritten Gruppe zuzurechnen. Die Erreger sind auf dem Lymphwege in die Lymphknoten gelangt, ohne Haut- oder Schleimhautveränderungen hinterlassen zu haben.

Die pathologische Anatomie und Histologie haben wir, da sie sich in nichts von der der allgemeinen Lymphdrüsentuberkulose unterscheidet, fortlassen können; wir werden lediglich bei der Beschreibung unserer eigenen Fälle eine Angabe des histologischen Befundes anführen.

Sind wir bisher nur von der Tuberkulose der Parotislymphknoten ausgegangen, so möchten wir anschließend noch kurz die Entstehung der Lymphdrüsentuberkulose im allgemeinen erörtern. Wir können dazu die Ausführungen Bartels anführen, der etwa folgendes sagt:

Der Verlauf der tuberkulösen Erkrankung wird bestimmt durch die Immunitätslage zusammen mit der jeweiligen Art der Infektion, d. h. Eintrittspforte, Zahl und Virulenz der infektiösen Keime. Es besteht dabei noch ein Unterschied zwischen der Empfänglichkeit des Gesamtorganismus und einer solchen einzelner

Organe. Es ist ferner eine Schlummerfähigkeit infektionstüchtiger Tuberkelbazillen in auch anscheinend unveränderten Geweben möglich.

Wir haben gesehen, daß alle diese Momente auch bei der Tuberkulose der Parotislymphknoten Berücksichtigung finden müssen, in jedem Einzelfall, ganz gleich, welcher von den drei Gruppen er auch zuzurechnen ist. Die Korrelation aller Faktoren wird also immer das jeweilige Krankheitsbild schaffen und jedes einzelne Merkmal der Erkrankung beeinflussen.

II. Drei Fälle tuberkulöser Parotislymphknotenentzündung aus der Chir. Univ.-Klinik Münster.

Es möge nun die Beschreibung unserer Beobachtungen folgen.

Fall I. Heinr. St., 16 Jahre alt. Kg. Nr. 46, 1931.

Am 14. 4. 1931 wurde der 16jährige Patient wegen einer Schwellung vor dem linken Ohr der Chir. Klinik überwiesen. Die Familienanamnese ergab nichts Besonderes. Der Patient war selbst früher immer gesund. 1927, im Alter von 12 Iahren, bestand eine Schwellung an der rechten Ohrspeicheldrüse, die in Essen operativ entfernt wurde.

Vor zwei Jahren trat auch an der linken Ohrspeicheldrüse eine Schwellung auf, die langsam immer größer wurde. Eine dreimalige Rö-Bestrahlung im Krankenhaus in Nordhorn brachte keine Heilung. Der Patient wurde deshalb der Chir. Klinik überwiesen.

Befund: Es handelt sich um einen normalentwickelten jungen Mann. Innere Organe o. B. Vor dem linken Ohr zeigt die Wange eine kleinhühnereigroße Verdickung, die bis zum Ohr reicht; das Ohrläppchen ist leicht angehoben (siehe Abb. 1). Die Haut über der Anschwellung ist nicht verändert und auf der Schwellung gut verschieblich; die Konsistenz ist elastisch, eindrückbar und zeigt leichte Fluktuation. Ueber der Mitte des linken Sterno-mastoideus liegt eine kleine, bohnengroße Drüse. Die Rö-Aufnahme ergab keine Anzeichen von Speichelstein.

Die vorläufige Diagnose lautet: Lymphknotenhyperplasie, wahrscheinlich Tuberkulose. Parotiszyste?

Operation: 17. 4. 1931 (Prof. Dr. Eichhoff).

In Aethernarkose wird ein Bogenschnitt ein Querfinger vor dem vorderen Ohrrand bis zum Kieferwinkel gemacht. Nach Durchtrennung der Parotisfaszie tritt die Schwellung hervor. Es handelt sich um zwei kirschgroße Schwellungen. Nach deren Entfernung Faszienaht, Hautnaht und Verband. Fatialis o. B.

Am 25. 4. 1931: Entfernung der Fäden. Normaler Heilverlauf.

Am 27. 4. 1931: Geheilt entlassen.

Die histologische Untersuchung ergab: Epitheloidzellen-Tuberkulose der Parotislymphknoten.

Abb. 1. Tuberkulöse Entzündung der Parotislymphknoten links.

Wie die Krankengeschichte zeigt, ist der einzige Ausdruck der tuberkulösen Entzündung die Schwellung vor dem Ohr. Es tritt damit gleich zu Anfang die Frage auf: *Welcher Infektionsweg lag vor? Handelt es sich um eine primäre oder sekundäre Entzündung?* Eine hämatogene Infektion ist in diesem Falle ausgeschlossen; denn die Untersuchung des Patienten hatte ergeben, daß er sonst vollkommen gesund war. Bei einem hämatogenen Infektionsgang würden die Erreger gleichzeitig in mehreren Organen tuberkulöse Herde entfacht haben und es wäre sicher nicht bei einer solitären örtlichen Tuberkulose geblieben. Ebenso würden bei einer Infektion auf dem Verdauungs- oder Atmungswege anderweitige Herde entstanden sein. Hier ist es somit nur möglich, daß die Parotislymphknoten aus ihrem Quellgebiet infiziert wurden. Wie aus der Anamnese zu ersehen war und wie die Untersuchung ebenfalls ergeben hatte, war das Quellgebiet frei von jeglicher makroskopisch sichtbaren tuberkulösen Affektion.

Weshalb wir in diesem Falle eine primäre Parotislymphknotentuberkulose annehmen möchten, soll noch näher begründet werden. Im Gegensatz zu den Autoren, die mit dem Eindringen der Tuberkelbazillen in jedem Fall eine, wenn auch nur mikroskopisch wahrnehmbare Affektion annehmen (Baumgarten), schließen wir uns denjenigen Autoren an, die durch eingehende Versuche zu dem Schluß gelangt sind, daß der Tuberkelbazillus in den Organismus eindringen kann, ohne an der Eintrittsstelle pathologische Veränderungen hervorzurufen. Wenn die Bazillen an ihrer Eintrittsstelle pathologische Veränderungen hervorgerufen hätten, so würden sie zunächst einmal größere Virulenz besessen haben, und dann hätte auch die Erkrankung der Parotislymphknoten einen rascheren Verlauf erfahren als er in diesem Falle vorhanden war. Auch würden dann sicher schon benachbarte Drüsengruppen infiziert gewesen sein. Diese Erwägungen lassen die Vermutung gerechtfertigt erscheinen, daß die Tuberkelbazillen ungehindert und ohne pathologische Veränderungen an der Eintrittsstelle hervorgerufen zu haben, in die regionären Lymphknoten gelangt sind, und daß die tuberkulöse Entzündung der Parotislymphknoten der einzige Ausdruck der Tuberkulose ist.

Differentialdiagnostisch kam vorwiegend eine Parotiszyste oder ein zystisch erweiterter Parotistumor in Frage. Hiergegen sprach das Vorhergehen einer gleichen Erkrankung an der anderen Seite und in gewissem Grade auch das Alter des Patienten.

Aus der Anamnese ergab sich, daß eine Rö-Bestrahlung dem Patienten keine Heilung gebracht hatte; so war hier als Behandlung die Operation das Gegebene. Bei dieser traten dann die zwei ver-

größerten Parotislymphknoten klar zutage und konnten leicht entfernt werden. Irgendwelche Störungen im Heilverlauf stellten sich nicht ein, und der Patient konnte nach normalem Heilverlauf als geheilt entlassen werden.

Fall 2. Aug. O., 52 Jahre alt. Kg. Nr. 2442, 1932.

Am 4. März 1932 wurde der Patient wegen einer Schwellung am rechten Kieferwinkel der Chir. Klinik überwiesen. Der Patient ist früher nie ernstlich krank gewesen. Die Familienanamnese ergibt nichts Besonderes.

Im September 1929 wurde auf der linken Seite am Unterkieferwinkel eine „vereiterte" Drüse operativ entfernt. Kurz darauf bemerkte der Patient eine Schwellung am rechten Kieferwinkel, die schmerzlos und ohne Beschwerden größer wurde.

Befund: Großer, schlanker Mann; innere Organe o. B. Am rechten Kieferwinkel ist eine Anschwellung fühlbar, die 2 cm vor dem äußeren Gehörgang beginnt und bis zum Mundboden reicht; sie ist weich, verschieblich und nicht schmerzempfindlich; die Haut darüber ist abhebbar. Links eine 3 cm lange Narbe am Hals. Die vorläufige Diagnose lautet: Tuberkulose oder Tumor?

Operation: 8. 3. 32 (Prof. Dr. Eichhoff). Unter der Diagnose, fraglicher Tumor, wird die Schwellung operativ freigelegt; sie erweist sich aber als verkäste Drüse, die samt dem kleinen Nachbardrüsenpaket exstirpiert wird. Der Fazialis kommt nicht zu Gesicht. Ebenso wird die zweite Drüse am Kieferwinkel exstirpiert. Post op. keine Fazialisschädigung.

15. 3. 32: ungestörter Heilverlauf;

16. 3. 32: die Fäden werden entfernt; die Wunde ist per primam geheilt;

17. 3. 32: der Patient wird nach Hause entlassen; er soll zur Rö-Bestrahlung ambulant wiederkommen.

Die Nachuntersuchung am 2. und 3. Mai 1932 ergibt: Tadellose Heilung, glatte Narben. Das Operationsgebiet ist noch hart und verdickt, jedoch nicht sehr auffällig.

Die Diagnose bei der Entlassung lautet: Tuberkulose der Parotislymphknoten.

Wir können uns im wesentlichen auf die Erörterungen des ersten Falles beziehen; auch hier ist der einzige Ausdruck der Erkrankung die Schwellung vor dem rechten Ohr. Der Infektionsweg muß ähnlich dem sein, wie wir ihn schon bei dem ersten Fall beschrieben haben; daneben wäre aber ein anderer Weg nicht auszuschließen. Aus der Anamnese ergibt sich, daß kurz vor dem

Auftreten dieser Schwellung auf der anderen Gesichtsseite eine solche operativ entfernt wurde. Eine bestimmte Angabe, ob es sich hier ebenfalls um eine tuberkulöse Entzündung gehandelt hat, kann nicht gemacht werden. Die Bezeichnung als „vereiterte" Drüse läßt aber die Möglichkeit zu, daß es sich auch dabei um eine verkäsende Lymphknotentuberkulose gehandelt hat. Wir können demnach hier nicht sicher den Standpunkt vertreten, daß bei der jetzigen Schwellung eine Primärinfektion der Parotislymphknoten stattgefunden hat. Daß keine Infektion mit sehr virulenten Keimen vorgelegen hat, muß man daraus schließen, daß die vorhandene Schwellung bereits vor drei Jahren ihren Anfang nahm und bis zur Erreichung der jetzigen Größe diese lange Zeit benötigte. Die ganze Schwellung, die gegenüber dem äußeren Gehörgang begann und bis zum Mundboden reichte, war in einem Zeitraum von drei Jahren schmerzlos und ohne Beschwerden bis zur vorhandenen Größe herangewachsen. Ihre Beschaffenheit war weich, verschieblich und nicht schmerzempfindlich; die die Schwellung bedeckende Haut war verschieblich. Auch hier bestand eine Abhebung des Ohrläppchens. Wir finden also wieder eine solitäre, örtliche Entzündung der Parotislymphknoten, die keine Allgemeinsymptome, selbst auch keine erheblichen, örtlichen Erscheinungen bedingte, wenn man die Schwellung selbst dabei nicht weiter berücksichtigt.

Die Untersuchung des Patienten hatte ergeben, daß er sich in einem normalen Gesundheitszustand befand. Etwaige andere tuberkulöse Affektionen waren nicht vorhanden. Es bestand also auch hier nur ein solitärer Krankheitsherd, der eine günstige Prognose zuließ.

Unter Berücksichtigung der klinischen Symptome, des ganzen Krankheitsbildes, des Verlaufs und der Wachstumsdauer konnten zunächst alle anderen Erkrankungen ausgeschaltet werden, da alle Anzeichen der Entzündung eine Tuberkulose wahrscheinlich machten. Eine mögliche Geschwulstbildung war in anbetracht des Alters nicht mit Sicherheit auszuschließen. So war auch in diesem Falle die endgültige Diagnose nur nach der Operation aus der histologischen Untersuchung zu stellen. Schon im Verlauf der Operation zeigte sich, daß es sich um eine Infektion der Lymphknoten, und zwar in diesem Falle der präaurikularen und derjenigen am Kieferwinkel handelte.

Ebenso zeigte sich, daß eine verkäsende Form der Tuberkulose vorlag. Die histologische Untersuchung ergab dann auch einwandfrei die Diagnose: Tuberkulose der Lymphknoten.

Fall 3. Jos. V., 25 Jahre alt. Kg. Nr. 79, 1934.

Am 5. 4. 1934 wurde der Patient in die Chir. Klinik aufgenommen; er hatte gleichzeitig drei Schwellungen im Gesicht. Die

erste in der linken Parotis, unmittelbar vor dem Ohr, die zweite unter dem Unterkiefer, die dritte in der Submaxillargegend. Der Patient hat außer einer Grippe keine Krankheiten gehabt; an Kinderkrankheiten überstand er Masern. Die Familienanamnese ergab nichts Besonderes. Die Eltern lebten und waren gesund, außerdem lebten noch sieben Geschwister, die ebenfalls alle gesund waren. Der Beginn der Erkrankung lag schon einige Jahre zurück; das Leiden begann bei ihm im 10. oder 11. Jahre (genau nicht anzugeben) mit einer Geschwulst in der linken Parotisgegend unterhalb des Ohres, ungefähr am Kieferwinkel. Nach Angaben des Patienten wurde die Geschwulst vom Arzt herausgeschnitten. Dann trat mit 15 Jahren die zweite Geschwulst auf, direkt unter dem Kinn; diese war hart und verschieblich auf der Unterlage gewesen. Die dritte Geschwulst bemerkte der Patient an der rechten Parotis, aus der nur „t r o c k e n e r" Eiter herauskam. Vor drei Wochen bemerkte der Patient das gleichzeitige Auftreten der drei Schwellungen.

B e f u n d: Der Allgemeinzustand des Patienten ist gut. Er hat keine sonstigen Drüsenbeschwerden, keine Struma; die Lungengrenzen sind nicht allzu sehr verschieblich; sonst sind die inneren Organe o. B. Die erste Schwellung betrifft die linke Parotis und sitzt unmittelbar vor dem Ohr; sie ist taubeneigroß, auf der Unterlage verschieblich und deutlich fluktuierend; die zweite ist weintraubengroß, sitzt unter dem Unterkiefer, unmittelbar vor dem Kieferwinkel, ist sehr verschieblich auf der Unterlage und von harter Konsistenz; die dritte Schwellung, die ebenso wie die beiden anderen auf der linken Gesichtsseite liegt, ist zugleich die größte; eigroß, fluktuierend, auf der Unterlage verschieblich und etwas druckempfindlich; sie liegt in der Submaxillargegend. Die Rö-Aufnahme ergab keine Anzeichen von Speichelstein.

Am 6. 4. 34: Punktion der Parotisgeschwulst.

O p e r a t i o n: 12. 4. 34 (Priv.-Doz. Dr. Hellner). In örtlicher Betäubung Exstirpation der Lymphknoten und der Submaxillardrüse links. Es zeigen sich vergrößerte und vereiterte Drüsen, die mit der Haut verwachsen sind. Unter Einlegung einer Drainage wird die Wunde vernäht.

21. 4. 34: Primäre Heilung;

24. 4. 34: Entlassung.

Die histologische Diagnose lautete: Lymphdrüsentuberkulose.

Wie wir gesehen haben, glichen sich die beiden schon beschriebenen Fälle in hohem Maße. Von ihnen unterscheidet sich der letzte Fall. Aus der Anamnese geht hervor, daß der Patient schon mehrere Schwellungen besessen hatte, die zum Teil operativ ent-

fernt wurden, unter anderem auch in der Parotis, in der auch jetzt wieder eine Schwellung aufgetreten war. Aus den Angaben des Patienten ging nicht hervor, ob es sich bei den entfernten Schwellungen um tuberkulöse Drüsen gehandelt hatte. Wohl ist angegeben, daß aus einer dieser Schwellungen „trockener" Eiter kam, aber daraus allein konnte man wieder nicht schließen, daß es sich um eine Tuberkulose handelte, wenn auch die Vermutung dazu sehr nahe liegt.

Die Schwellung vor dem Ohr hatte ungefähr Taubeneigröße und war auf der Unterlage verschieblich, jedoch nicht gegen die bedeckende Haut; daneben zeigte sie eine deutliche Fluktuation.

Abb. 2. Tuberkulöse Entzündung der Parotis- und der Submaxillarislymphknoten.

Mit ihr waren auch, wie in den anderen Fällen, keine schmerzhaften Symptome verbunden, lediglich die Submaxillarschwellung war in geringem Maße druckempfindlich. Es waren somit auch hier irgendwelche Allgemein- oder Lokalsymptome neben der Schwellung selbst nicht vorhanden. Auf der Abbildung dieses Falles ist recht deutlich die Abhebung des Ohrläppchens zu sehen.

Der Verlauf ist gegen die beiden anderen Fälle insofern verschieden als hier die Schwellung in drei Wochen stark fortgeschritten war.

Zog man bei der Diagnosestellung die Anamnese, den Verlauf und die klinischen Symptome in Betracht, so machte es keine großen Schwierigkeiten, tuberkulöse Entzündungen zu diagnostizieren. Zur Sicherung wurde eine Punktion der Parotisdrüse gemacht. Auch hier war nicht im voraus zu bestimmen, ob eine Tuberkulose nur der Lymphknoten oder der Parotis selbst vorlag. In dieser Hinsicht konnte die Diagnose erst nach erfolgter Operation und histologischer Untersuchung endgültig bestimmt werden. Es waren wieder die präaurikularen Lymphknoten und die Drüse am Kieferwinkel tuberkulös erkrankt.

Die Therapie bestand wieder in der Exstirpation der erkrankten Lymphknoten und der Unterkieferspeicheldrüsen. Wegen des schon fortgeschrittenen Stadiums wurde ein Teil der Parotisdrüse mitentfernt, um vor einem möglichen Rezidiv sicher zu sein. Nach erfolgter Behandlung trat glatte Heilung ein.

Nach eingehender Durchsicht des Schrifttums haben wir keine Arbeit finden können, die sich nur mit der solitären Tuberkulose der Parotislymphknoten beschäftigt und in welcher diese Erkrankungsform der Tuberkulose erörtert wird. Als Parotistuberkulose sind von Seifritz 47 Fälle aus der gesamten Literatur zusammengestellt worden.

Die Anatomie lehrt, daß die Parotis von einem Lymphgefäßnetz umgeben und durchsetzt ist. Ziehen wir in Betracht, daß wir die Lymphknoten nach ihrem physiologischen Verhalten als regelrechte Schutzorgane für den Körper ansehen können, welche schädliche Stoffe und infektiöse Keime in sich aufnehmen und festhalten, wobei die Lymphknoten je nach der Korrelation von Organ und Erreger mehr oder weniger stark selbst erkranken, so erscheint die lymphogene Erkrankung erklärt. Wir können den hämatogenen Infektionsweg bei dieser Form der tuberkulösen Erkrankung mit der größten Wahrscheinlichkeit ausschließen. Wir nehmen an, daß bei einer solitären Parotistuberkulose die Parotislymphdrüsen in der Regel primär erkranken und erst, wenn sich beim weiteren Verlauf periadenitische Prozesse einstellen, kann

das Parotisgewebe sekundär miterkranken, ganz gleich, ob es sich um auf der Oberfläche der Parotis liegende oder in die Parotissubstanz eingebettete Lymphknoten handelt.

In allen Fällen, wo die Infektion mit Tuberkelbazillen vom Quellgebiet (Mundschleimhaut, Wurzeln kariöser Zähne, Tonsillen usw.) ihren Ausgang genommen hat, ist die lymphogene Weiterverschleppung das Nächstliegende. Hiermit stimmen auch die Fälle überein, wo es sich um eine isolierte, primäre tuberkulöse Augenaffektion handelt und sekundäre Erscheinungen der Parotislymphknoten, besonders der präaurikularen, beschrieben sind. Es könnte schließlich auch eine Infektion durch den Ductus stenonianus stattfinden, aber dies wird doch immerhin ein sehr seltener Infektionsweg bleiben.

Unsere Fälle zeigen, daß die solitäre, örtlich begrenzte Form der Tuberkulose ausschließlich sonst gesunde Menschen befällt, die in der Regel eine normale und auch kräftige Körperkonstitution aufweisen. Fast alle Autoren sind sich darüber einig, daß es sich hierbei um chronisch verlaufende Erkrankungen handelt.

Im Wesentlichen stimmen unsere Fälle mit denen des Schrifttums überein. In den meisten Fällen ist eine primäre Entzündung der Parotislymphknoten anzunehmen und unsere Fälle scheinen uns in dieser Beziehung recht zu geben. In unseren beiden ersten Fällen handelte es sich um eine isolierte primäre Tuberkulose der Parotislymphknoten, was uns eindeutig die erfolgte Operation und das Freibleiben der Parotis selbst gezeigt haben. In unserem dritten Fall lag eine Parotislymphknotenerkrankung im Verlauf einer allgemeinen Mundlymphknoteninfektion vor.

Zusammenfassung.

1. Es werden folgende Formen der tuberkulösen Parotislymphknotenerkrankungen unterschieden:
   I. die tuberkulöse Parotislymphknotenschwellung im Anschluß an eine vorhandene Allgemeininfektion;
   II. die Parotislymphknotentuberkulose im Anschluß an eine nachweisliche Infektion im Quellgebiet der Drüsen oder verbunden mit einer örtlich begrenzten tuberkulösen Erkrankung der Speicheldrüsen;
   III. die solitäre tuberkulöse Erkrankung der Parotislymphknoten.
2. Die tuberkulöse Parotislymphknotenerkrankung kann klinisch unter dem Bilde einer Parotiserkrankung selbst verlaufen.
3. Die tuberkulöse Erkrankung der Parotislymphknoten kann isoliert vorkommen.
4. Es werden zwei Fälle einer isolierten, tuberkulösen Parotislymphknotenentzündung beschrieben und ein Fall einer Parotislymphknotentuberkulose im Verlauf einer allgemeinen Mundlymphknotenerkrankung.
5. Der Infektionsweg ist stes ein lymphogener vom Munde aus. An der Eintrittspforte können tuberkulöse Veränderungen völlig fehlen.
6. Die Behandlung bestand in der operativen Entfernung.

Schrifttum.

1 Bartel: Zur Frage der Infektionswege der Tuberkulose. Wiener klin. Wschr. 1907, Bd. 38, S. 1150.
2. Bartel: Das Stadium lymphoider Latenz im Infektionsgang der Tuberkulose. Wien. klin. Wschr. 1913, Nr. 13, S.
3. v. Baumgarten: Über das Verhalten der Tuberkelbazillen an der Eintrittspforte der Infektion. Berl. klin. Wschr. 1905, Nr. 42. S.
4. Bednarek: Die Tuberkulose der Parotis. Würzburg, Med. Diss. v. 23. Jan. 1922.
5. Birch-Hirchfeld: Drei Fälle von Konjunktival-Tuberkulose. Zehenders klin. Monatsbl. für Augenheilkunde. 1900, S. 634 u. 731.
6. Blumenfeld: Handbuch der Tuberkulose. 1923, Bd. 3, S. 121.
7. Bockhorn: Ein Fall von Tuberkulose der Parotis. Arch. f. klin. Chir. 1897, Bd. 56, S. 189.
8. Borchardt: Die Tuberkulose der Parotis. Freiburg i. B. Med. Diss. v. 1903.
9. Braun: Über Parotistuberkulose. Bruns Beitr. zur klin. Chir. 1924, Bd. 130, S. 118.
10. Burnett: Arch. f. Augenheilk. 1891, Bd. 23, S. 336.
11. Danielsen: Parotistuberkulose. Münch. med. Wschr. 1907, S. 698.
12. Ehrich: Zur Kenntnis der Speicheldrüsentumoren. Beitr. z. klin. Chir. 1906, Bd. 51, S.
13. Eyre: Die Tuberkulose der Konjunktiva. Arch. f. Augenheilk. 1900, Bd. 40, S. 146.
14. Frengo: Parotistumoren. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1932, Bd. 235, S. 130.
15. G. Faure-Darmet: Etude sur la tuberculose de la glande parotide. Thèse de Lyon. 1901.
16. Gursch, Fr.: Beitr. zur Frage der Tuberkulose der Ohrspeicheldr. Diss. Göttingen, 1925.
17. Haab: Arch. f. Ophthalm. 1897, Bd. 25, S. 163.
18. Haslhofer: Ein Beitr. zur Kenntnis der Tuberkulose der Parotis. Virch. Arch. f. pathol. Anat. u. Orth. 1927, Bd. 6, S.
19. Heineke: Die Geschwülste der Speicheldrüsen. Ergebnisse der Chir. u. Orth. 1913, Bd. 6, S.
20. Henze: Über die Pathogenese der Tuberkulose der Mundspeicheldrüsen. Diss. Erlangen. 1930.
21. Homuth: Parotistuberkulose. Beitr. z. klin. Chir. 1911, Bd. 74, S. 52.
22. Igersheimer: Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1922, Bd. 69, S. 226.
23. Jander, Anneliese: Über Parotistuberkulose. Leipzig, Diss. v. 29. Juli 1924.

24. Kaufmann: Lehrbuch der spez. pathol. Anat. Bd. 2. S. Berlin und Leipzig 1922.
25. Klotz: Ein Fall von Parotistuberkulose usw. Virch. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 1910, Bd. 200, S. 346.
26. Königsfeld: Über den Durchtritt von Tuberkelbazillen durch die unverletzte Haut. Diss. Breslau 1921.
27. Küttner: Tuberkulose der Parotis. Handb. der prakt. Chir. 1900, 1. Aufl. Bd. 1, S. 714.
28. Lazzarini-Mailand: Intorno alla tuberkulose della ghiandola parotide. Policlinico, sec. chir. 1926 no II. Ref. von Lehrnbecher im Zentralbl. f. Chr. 1927, S. 1778.
29. Metzmacher: Über Parotistuberkulose. Köln, Med. Diss. vom 28. Okt. 1921.
30. v. Milligan: Zentralbl. f. Augenheilk. 1882, Bd. 6. S. 193.
31. Mintz, W.: Fall von primärer Parotistuberkulose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1901, Bd. 61, S. 290.
32. Most: Neue Deutsche Chirurgie. Bd. 24.
33. Nordmann: Praktikum der Chirurgie. 1925, II. Aufl. S.
34. Peterka: Über das Rezidiv der chir. Tuberkulose. Bruns Beitr. 1912, Bd. 81, S. 728.
35. Puppel, R.: Die Tuberkulose der Parotis. Königsberg, Med. Diss. v. 30. März 1905.
36. Schaedler, G.: Über die Tuberkulose der Parotis. Marburg, Med. Diss. v. 26. Mai 1924.
37. Scheib: Über einen Fall v. chron. tuberkulöser Parotitis. Arch. f. klin. Chir. 1894, Bd. 47, S. 26.
38. Schellekens: Die Tuberkulose der Parotis. Diss. Amsterdam, 1919, zit. n. Gursch.
39. Seifritz: Tuberkulose der Parotis. Würzburg, Med. Diss. vom 3. März 1932.
40. Sobotta: Parotistuberkulose. Zeitschr. f. Tbc. Bd. 47, S. 427.
41. Stölting: Arch. f. Ophth. 1886, Bd. 32, S. 225.
42. v. Stubenrauch: Über einen Fall von tuberkulöser Parotitis. Arch f. klin. Chir. 1894, Bd. 47, S. 26.
43. Tendeloo: Über lymphogene Ausbreitung der Tuberkulose beim Menschen. Wien. klin. Wschr. 1915, Bd. 6, S.
44. Waltschanoff: Über Parotiserkrankungen. Berlin, Med. Diss. v. 16. Oktober 1928.
45. Weleminski: Der Gang der Infektionen in den Lymphbahnen. Berl. klin. Wschr. 1907, Nr. 10, S. 269.
46. Wilett: Die chir. Behandlung der Parotistuberkulose. Freiburg i. B. Med. Diss. v. 1910.

Lebenslauf.

Am 8. November 1907 wurde ich, Hermann Nolte, als Sohn des Steigers Heinrich Nolte zu Westenfeld geboren. Nach 9jährigem Besuch des humanistischen Gymnasiums zu Bottrop i. W. machte ich dortselbst Ostern 1927 mein Abitur. Am 27. Febr. 1930 bestand ich in Münster die zahnärztliche Vorprüfung mit gut; am 22. Mai 1936 ebenfalls in Münster das Staatsexamen mit gut.